UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 166

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LIPOMES DIFFUS DE LA NUQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1920

PAR

Jacques LOZAHIC

Né à Ploumilliau (Côtes-du-Nord), le 20 février 1886

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
FORGUE, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON
1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LIPOMES DIFFUS DE LA NUQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0090

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 166

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LIPOMES DIFFUS DE LA NUQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jacques LOZAHIC

Né à Ploumilliau (Côtes-du-Nord), le 20 février 1886

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président*.
FORGUE, professeur.
RICHE, agrégé.
ÉTIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲)..... DOYEN.
FORGUE (O ✲)..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲)
Physiologie.....	HEDON (✲).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✲)
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (✲)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✲)
Microbiologie.....	N. . .
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DR ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch. de c
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé. (ch. d.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie.....	WATON ✲ (✲) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIÈRE.	PECH ✲ (ch. d'agr l.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD ✲	

Examinateurs de la thèse

MM. ESTOR, prof., *Président.*
FORGUE, professeur.
MM. RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. LOZAHIC

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

J. LOZAHIC.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LIPOMES DIFFUS DE LA NUQUE

INTRODUCTION

A l'état morbide, la graisse peut se disposer de plusieurs façons au sein des tissus. Le tissu adipeux peut se substituer peu à peu aux autres tissus, d'après certains processus inflammatoires ou trophiques; la tumeur peut, au contraire, jouir, jusqu'à un certain point d'une vitalité indépendante, c'est alors un lipome.

Le lipome peut être unique; il peut être multiple. Tantôt il est isolé, énucléable; tantôt, il présente une masse difficile à délimiter, envahissant toute une région en y apportant une véritable déformation. Cette dernière variété de lipomes constitue les lipomes diffus.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs désignaient le lipome soit sous le nom d'abcès phlegmatique soit sous celui de sarcome. On le confondait avec les tumeurs sous-cutanées auxquelles on donnait le nom de mélicéris, d'athérome, de stéatome.

Ingrassias, en 1553, enleva une tumeur composée de graisse et de chair, et lui donna le nom de natte.

C'est Littré qui, en 1709, proposa, pour la première fois, le nom de lipome. La plupart des chirurgiens contemporains de cet auteur ont conservé le nom de stéatome.

Ces deux dénominations: lipome et stéatome, furent employées indifféremment, et ce ne fut qu'avec Louis et Delpech qu'on se mit à considérer, qu'il ne fallait point admettre deux classes séparées: celle du lipome et celle du stéatome.

Cruveilher, dans son *Anatomie Pathologique* chercha à substituer au mot lipome, celui d'adipome. « Ce mot de lipome, disait-il, ne rappelle à l'esprit que l'idée de la graisse ». Or, cette graisse peut se présenter sous des aspects et des formes extrêmement variées, tandis que « adipome indiquerait au moins le tissu aux dépens duquel la tumeur se développe et auquel elle emprunte son propre caractère ».

Le mot lipome est néanmoins resté.

Quénu, dans son article des « Tumeurs » du *Grand*

Traité de Duplay et Reclus, montra le lipome comme étant une tumeur bénigne en raison de son évolution et des éléments qui participent à sa formation.

Mais jusqu'alors l'histoire du lipome isolé, encapsulé se confondait avec les lipomes diffus.

Il faut s'adresser à la littérature étrangère pour avoir quelques renseignements à ce sujet. Il faut surtout consulter l'article des *Archives de Langenbeck* en 1892 et en décembre 1893; enfin, un article tiré de *Transactions of chirurgical Society of London*, en 1890, page 289.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Les lipomes sont des tumeurs fréquemment rencontrées et à tous les âges; survenant plus souvent chez l'homme que chez la femme. Les lipomes diffus, dont nous nous occupons spécialement, ont pour siège de prédilection la nuque, puis le cou.

Comme causes déterminantes, on a d'abord invoqué l'hérédité et Sénac rapporta une observation très concluante sous ce rapport. La cause la plus invoquée est le choc ou le traumatisme. Choppart, en 1778, écrivait: « Ainsi, les coups, les chutes, tout ce qui est capable d'atténuer la peau, de la relâcher au point qu'elle presse moins fortement la partie de membrane cellulaire qui se trouve dessous, d'affaiblir le ressort de ce tissu, produira la vraie loupe graisseuse ».

Marjolin, Montfalcon, puis plus tard, Paget et Ch.-H. Moore n'ont fait que répéter cette opinion émise par Choppart.

Billroth, tout en n'admettant pas la contusion, admet l'influence des causes extérieures, pression ou frottement répétés comme le sont ceux des bretelles ou des bandages.

Leclerc, dans sa thèse inaugurale, a réuni plusieurs observations dont la cause des tumeurs remonte à une contusion et il rapporte qu'en 1859 Duchaussoy a présenté à la Société anatomique, un lipome du bras consécutif à une contusion.

Malgré toutes les observations qui ont été rapportées pour défendre l'étiologie du lipome et l'attribuer au traumatisme, au choc ou à un frottement répété, il est cependant des cas où l'on ne peut invoquer ces causes; aussi existe-t-il de nombreuses théories pour expliquer la pathogénie de ces tumeurs, théories que nous allons passer successivement en revue.

Rappelons rapidement qu'avec Broca apparut la théorie de la diathèse lipomateuse à laquelle se rangea Cruveilher. C'est ainsi qu'un de leurs élèves, Darbey, dit que la multiplicité de ces tumeurs provient d'une diathèse hypertrophique portant sur l'ensemble du système adipeux.

Virchow n'a pas admis cette théorie reconnaissant une discrasie lipotameuse. C'est qu'en effet, la graisse du lipome ne diffère pas chimiquement de celle du tissu graisseux voisin. Lorsque nous voyons se former un lipome dont le contenu graisseux augmente constamment, chez un homme amaigri en général; chez lesquel la graisse souscutanée diminue en masse, nous ne pouvons pas dire que ce soit la conséquence d'une dyscrasie générale; nous disons qu'il doit exister une cause locale. Or, qu'il survienne quelque chose d'analogue en des points nombreux du pannicule adipeux, il est plus que probable que la cause réside dans le tissu graisseux; et cette cause locale est une irritation très légère qui n'est pas uniformément répartie dans tout l'organisme.

Pour Fœrster, le lipome procède du tissu embryonnaire ou du tissu muqueux dont les cellules se remplissent progressivement de gouttelettes graisseuses. Mais le lipome une fois né, les vésicules adipeuses s'allongeraient, s'étrangleraient, se subdiviseraient.

Pour Virchow, la production nouvelle procède en partie de cellules du tissu adipeux même, en partie du tissu connectif voisin dans lequel il se développe un état d'irritation.

Consécutivement à celui-ci, le nombre des éléments cellulaires augmente par groupes et la graisse se dépose dans ces éléments comme pendant le développement fœtal.

Le lipome serait donc une tumeur hétéroplasique, c'est-à-dire née d'un autre tissu que le tissu adipeux dont elle est formée.

Or, Cornil et Ranvier pensent, que la naissance d'un tissu aux dépens d'un autre tissu est un mode normal de formation de la plupart des tissus physiologiques, et qu'il ne saurait rentrer en ligne de compte pour permettre d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur. Ces dernières théories sont surtout établies pour expliquer la formation des lipomes congénitaux; mais si la prolifération du tissu adipeux est démontrée, on est obligé d'admettre pour la déterminer, une cause d'irritabilité qui nous échappe.

On a cité des cas où le lipome s'était transformé en tissu érectile. Lannelongue a renversé les termes et a démontré que le lipome congénital pouvait être plutôt produit par un nœvus qui a dégénéré.

Enfin une dernière théorie indique que sous l'influence d'une viciation de l'action trophique du système nerveux, il puisse se faire une surcharge graisseuse des éléments cellulaires de l'hypoderme. Cette théorie a surtout été défendue en France par Mathieu.

En somme, pour jeter un peu d'ordre, il existe des lipomes congénitaux et des lipomes acquis. Pour ceux-ci, se présentent trois théories: celle de la diathèse lipomateuse, celle du traumatisme, la théorie nerveuse.

Chacune de ces théories prises isolément, est loin de satisfaire l'esprit. Pour conclure, il convient d'avouer que les lipomes sont des tumeurs qui semblent appartenir à des affections d'ordre général dont les causes nous sont inconnues.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand on examine un lipome au microscope on constate en général la présence de deux zones : une zone formée par du tissu graisseux correspondant à la zone superficielle de la tumeur, la seconde par la zone d'envahissement dans les masses musculaires de la nuque.

La première partie présente les caractères ordinaires du lipome sous-cutané; elle est formée à la coupe d'un tissu mollasse, de coloration légèrement jaunâtre, présentant une lobulation assez nette par places.

La seconde partie comprend le tissu lipomateux et le tissu musculaire. Accolé au faisceau de fibres musculaires, on trouve un réseau de mailles élégantes qui diminue de largeur à mesure que l'on s'éloigne du centre de la tumeur. Au milieu du tissu conjonctif, mais plus souvent au centre même des mailles adipeuses, on reconnaît des vaisseaux encore remplis d'hématies ainsi que des filets nerveux.

La graisse est donc péri-vasculaire, et partout où elle existe, existent des vaisseaux. Les fibres musculaires apparaissent toujours groupées par 6, 8 10 et plus, en faisceaux secondaires, et jamais la graisse ne pénètre dans un faisceau secondaire.

A un plus fort grossissement, on verrait que les cellules du lipome ont la structure des cellules adipeuses normales, ou du lipome sous-cutané ordinaire. A la face interne d'une

maille, on retrouve leur noyau aplati entouré d'une faible quantité de protoplasma. Le stroma qui les supporte est formé par des fines fibrilles conjonctives que l'on voit partir des faisceaux ondulés du tissu de soutien.

Quant au tissu musculaire, en aucun endroit on ne rencontre de dégénérescence bien marquée. Quant aux dimensons de ces fibres elles sont par places, très amoindries. Ce qui frappe surtout, c'est la prolifération des noyaux des fibres musculaires.

Les vaisseaux sont atteints à la fois dans leur endothélium qui prolifère et végète dans la lumière et dans leur paroi externe épaissie et infiltrée de cellules de néoformation. Il y a donc endo et péri-artérite, et endo et péri-phlébite.

SYMPTOMATOLOGIE ET PRONOSTIC

Aucun symptôme pathognomonique n'indique l'apparition d'une lipome, et c'est le seul gonflement de la partie qui révèle la production nouvelle.

Nous ne nous occuperons que des lipomes de la nuque.

Deux cas bien distincts peuvent se rencontrer : tantôt on se trouve en présence de lipomes sous-cutanés, tantôt au contraire, on découvre des tumeurs qui sont profondément situées sous le trapèze et qui peuvent s'insinuer sous les différents muscles de la région. C'est surtout à la partie inférieure que se trouvent les lipomes sous-cutanés, les lipomes profonds étant au contraire situés immédiatement au-dessous de l'occipital.

1° *Lipomes superficiels.* — Le lipome superficiel peut former d'abord une masse qui paraît assez limitée et, dans ce cas, tantôt ses bords se continueront insensiblement avec les parties environnantes, tantôt il aura de la tendance à se pédiculiser. Au lieu de trouver une seule masse graisseuse située d'un côté de la ligne médiane, on peut se trouver en présence de tumeurs symétriques.

Le malade se présente avec une masse plus ou moins volumineuse variant de la grosseur d'une noix à celle du poing. Un premier examen montre qu'il s'agit d'une tumeur mal limitée. Quelquefois si la tumeur est volumineuse, peut-on observer la présence d'un réseau veineux sous-cutané.

Au toucher, la peau reste fine en général, normale, non adhérente à la tumeur sur laquelle elle peut glisser. Il est exceptionnel de constater des troubles cutanés marqués. Si on pince la peau légèrement, on peut former un pli cutané, mais si l'on prend une portion plus volumineuse, la tumeur est soulevée en même temps.

La consistance est uniforme, molle, pâteuse, quelquefois même perçoit-on une fluctuation assez manifeste. Dans d'autres cas, on sent une surface irrégulière, bosselée, et chacune des portions molles est séparée de la portion voisine par ne arête, un ruban de tissu fibreux. Mais ici nous sortons des lipomes diffus.

2° *Lipomes profonds.* — Ici il s'agit d'une prolifération graisseuse véritablement diffuse, prolifération qui s'insinue dans tous les interstices cellulaires en les distendant, prolifération qui gagne de proche en proche en envahissant les interstices des faisceaux musculaires et pouvant aller en profondeur jusqu'à la colonne vertébrale.

Au palper, il est impossible de sentir la saillie des apophyses épineuses des vertèbres cervicales, la région est pleine, tendue, et semble offrir à la fois une sensation de mollesse et de résistance qui nous paraît difficile à décrire. La douleur est nulle. La gêne fonctionnelle n'apparaît que quand le lipome est volumineux.

Pronostic. — Les lipomes de la nuque sont au début des tumeurs essentiellement bénignes. Cependant on peut opposer la rapidité souvent étonnante du développement du lipome diffus, à la lenteur d'évolution des lipomes bien limités.

Il convient d'ajouter qu'une tumeur à développement

insideux, peut, brusquement, sans cause apparente, acquérir un accroissement considérable.

La durée de l'évolution est donc essentiellement variable.

Un lipome composé de ses trois éléments primitifs : les cellules adipeuses, les faisceaux conjonctifs et l'élément vasculaire, peut voir se développer dans son intérieur, chacun de ces éléments constitutifs aux dépens des deux autres.

On peut donc trouver une dégénérescence fibreuse, un lipome télangiectasique, enfin on a décrit une transformation myxomateuse dans laquelle le tissu muqueux séparait les vésicules adipeuses.

Enfin, il peut y avoir inflammation des lipomes et suppuration consécutive, surtout dans les cas de lipomes diffusés profondément.

DIAGNOSTIC

1° *Lipomes superficiels.* — Le lipome peut se confondre avec des abcès froids. Cette confusion ne peut exister que pour des lipomes de petit volume. Il est impossible d'y penser pour les lipomes à dimensions importantes. On interrogera le malade sur ses antécédents sur la marche de l'affection. D'ailleurs, la fluctuation manifeste entraînera le chirurgien à pratiquer une ponction dont les résultats signeront le diagnostic.

Les kystes hydatiques ont été observés à la nuque. Hewuden a insisté sur leur fréquence relative. Il n'y a aucune douleur, l'accroissement est lent et régulier, le volume peut être considérable. On ne trouve pas le frémissement hydatique. Le diagnostic est donc difficile. Si on y songe, on pratiquera une numération des éosinophiles, la réaction de Weinberg, la précipito-réaction de Fleig et Lisbonne. Sinon c'est encore la ponction qui signera le diagnostic.

Si la ponction reste blanche, on pourra hésiter avec un sarcome. Nélaton proposait alors de plonger dans les tumeurs un trocart fin ou une aiguille à ignipuncture et d'imprimer à l'extrémité profonde de la tige métallique un mouvement de circumduction. Dans le sarcome, on peut faire exécuter ce mouvement. Il est impossible dans le lipome. Enfin c'est surtout l'état général et la marche rapide de l'affection qui mettra sur la voie du diagnostic.

On peut, et ce fut le cas qui se produisit dans l'observation inédite que nous publions, hésiter avec un angiome. Il s'agit bien entendu de lipomes petits, mollasses et nullement lobulés.

2° *Lipomes diffus profonds.* — Il est très difficile de pouvoir affirmer qu'une tumeur diagnostiquée lipome et semblant limitée, envoie profondément des ramifications qui se diffusent dans tous les interstices celluleux. Pour les régions antéro-latérales du cou, ce diagnostic serait faisable par les symptômes de compression. Il en est tout autrement en ce qui concerne la nuque.

TRAITEMENT

Les indications opératoires varient essentiellement selon la masse des tumeurs que l'on a devant soi.

Si on a affaire à une tumeur de moyen volume, il convient de ne pas s'attarder à employer des moyens médicaux dont les effets doivent être considérés comme nuls et qui permettront à la tumeur, par suite du retard apporté à l'opération, de prendre une extension plus considérable. Nous savons en effet que les lipomes diffus ont une marche progressive. L'opération, sans présenter un important caractère d'urgence, est utile et nécessaire.

Si la tumeur est de faible dimension, on pourra employer l'anesthésie locale, de préférence à la syncaïne, ou à la novocaïne. Il suffit de savoir attendre ; cette anesthésie bien faite, méthodiquement conduite, donne d'excellents résultats. Quand les dimensions sont plus considérables, l'anesthésie générale à l'éther devient indispensable.

Après avoir antiseptisé la région, on devra faire une longue incision dépassant presque toujours les limites que fournit la tumeur superficiellement. Cette première incision ne devra comprendre que la peau. On verra alors au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, une masse adipeuse, sanguinolente, molle, difficile à détacher de la peau au moyen du doigt, car les lipomes diffus ne présentent pas en général, une coque fibreuse qui est la règle dans les pe-

tites tumeurs superficielles. On commencera par essayer d'enlever la plus grande partie de cette graisse, augmentant de précautions à mesure que l'on arrivera vers des régions plus profondes. C'est alors que l'opération devient de plus en plus délicate car ces sortes de tumeurs saignent parfois beaucoup et masquent ainsi le champ opératoire.

Ayant pour but l'extirpation aussi complète que possible de la tumeur, le chirurgien cherche à extraire toutes ces traînées graisseuses qui semblent naître comme par enchantement pendant l'opération et s'étendent de tous côtés, venant même des parties les plus profondes où il est parfois impossible d'aller les énucléer.

Aussi, malgré toute l'attention et tout le soin qu'un opérateur peut apporter dans de semblables circonstances, il n'est jamais certain d'avoir enlevé tout ce qui appartenait à la tumeur.

Après une extirpation semblable, il reste un trou plus ou moins profond qui nécessite une compression dans le pansement pour amener une adhérence de la peau avec les parties profondes.

Si, maintenant, nous nous trouvons en présence d'un de ces lipomes diffus dont le volume est tellement considérable qu'il ne faut pas songer à une extirpation totale, on peut se contenter d'employer les moyens médicaux, sous la réserve que le malade ne présente aucun symptôme alarmant, aucun signe de compression.

Des pommades, des badigeonnages à la teinture d'iode, tout en n'amenant pas de changement réel dans les dimensions de la tumeur, donneront au malade un bénéfice réel au point de vue moral.

On a conseillé également l'arsenic, soit isolé, soit associé

à l'iodure de potassium. Signalons enfin l'électricité sous forme de courants continus.

Mais on ne doit plus rester dans cette inaction lorsque la tumeur vient apporter des troubles dus à une compression nerveuse ou des troubles fonctionnels tels que: dyspnée, dysphagie, cyanose. Nous voulons parler bien entendu de ces colliers adipeux qui entourent le cou.

Dans ce cas, il ne faut pas penser à extirper la tumeur totalement, mais se contenter d'enlever la partie qui semble la cause déterminante de ces graves symptômes.

Les récidives sont assez fréquentes, surtout pour les gros lipomes diffus. Cependant Madelung a fourni le résumé de trente observations avec opération et pour lesquelles il n'y a pas eu un cas de récidive. Donc l'idée de récidive ne doit jamais être une cause pour arrêter la main du chirurgien.

OBSERVATIONS

Observation Première

Inédite
Due à l'obligeance de M. le professeur Estor

C. J..., 4 ans.

Rien dans les antécédents personnels ni héréditaires. Se plaint d'une tumeur de la nuque du volume d'un œuf de poule, que l'enfant aurait toujours eu.

Cette tumeur augmente depuis un mois. Elle n'est pas adhérente au squelette, elle n'est pas indépendante de la peau qui cependant a conservé son aspect normal. Il n'y a pas de lobulation. La consistance est fluide et pâteuse.

Le 4 mai, sous anesthésie générale : incision longitudinale. On tombe sur une masse graisseuse non encapsulée, dont on excise les éléments aux ciseaux. Hémorragie abondante au cours de l'intervention.

Réunion *per primam*. On met un petit drain qu'on retire trois jours après,

Observation II

Lardier. — Revue médicale de l'Est, 1884, p. 273
Observation destinée à montrer l'hérédité du lipome

M. A... épouse la sœur de M. B... B... épouse la sœur de A... (A... et B... sont donc beaux-frères à double titre ; on ne peut désirer de famille plus intimément unie, pour per-

mettre au médecin de suivre, dans la descendance de l'un et de l'autre ménage, la filiation des manifestations héréditaires). A... est indemne de toute influence diathésique. Sa femme est lipomateuse. Le ménage B... ne présente aucune tare organique.

Suivons de chaque côté la filiation : du premier mariage naît une seule fille, chez laquelle se développent avec le temps divers lipomes. Surviennent deux petites filles qui présentent, l'une des accidents de coliques hépatiques, l'autre des lipomes multiples. Toutes deux se marient et présentent toutes deux comme suite de couches des ulcérations du corps de l'utérus.

Du second mariage naissent sept enfants : trois garçons et quatre filles. Toutes les filles sont lipomateuses.

Observation III

Ozenne. — *Journal de médecine de Paris*, 1889, p. 341

Observation destinée à indiquer l'influence du traumatisme

H..., 28 ans, tapissier, faisait autrefois le métier de charpentier.

Il y a huit ans, il travaillait courbé lorsqu'un morceau de chêne de 0 m. 80 de longueur sur 0 m. 30 de largeur et 0 m. 15 d'épaisseur, lui tomba sur la nuque. Une tuméfaction assez grosse apparut les jours suivants, puis elle diminua avec le temps, mais ne disparut pas complètement. Il resta pendant cinq ans une nodosité de la grosseur d'une noisette qui, depuis trois ans, a pris un tel volume qu'actuellement elle offre celui d'une tête de fœtus.

CONCLUSIONS

I. — Le lipome diffus de la nuque est une affection aujourd'hui bien déterminée.

II. — L'influence du traumatisme, sans être constante, doit être retenue dans l'étiologie de l'affection.

III. — La théorie nerveuse nous paraît la plus favorable pour en expliquer la pathogénie.

IV. — Le diagnostic est surtout difficile pour les lipomes profonds.

V. — Les lipomes diffus sont souvent récidivants; mais ce caractère ne doit pas arrêter le chirurgien.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Antony. — *Société méd. des hôp.,* 18 mars 1892.

Bellamy. — *Brit. med. journ.,* 1878, t. II, p. 723.

Billroth. — *Path. chir.,* p. 581.

Boucher. — *France médicale,* 13 juin 1889, n° 67, p. 769.

Bouju. — Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. *Th. de Paris,* juillet 1892.

Broca (A.). — Soc. anat., séance du 9 novembre 1888.

Broca (P.). — *Traité des tumeurs,* t. II, p. 376.

— *Bull. Soc. anatom.,* 1865, t. X, p. 273.

Bryck. — *Archiv. für Klinische chirur.,* 1874, t. XVII, p. 568.

Bucquoy. — *Société méd. des hôp. de Paris,* 17 juin 1891.

Cargowla. — *Ann. médico-psychol.,* mars-avril 1891.

Chopart. — *Prix de l'Académie de chirurg.,* t. X, p. 154.

Chauffart. — *Th. d'agrégation,* Paris, 1886.

— *Compendium de chir. pratique,* t. I, p. 604.

Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histol. pathol.*

Courtade. — *Union médic.,* 1883, III[e] série, t. XXXV, p. 235.

Cruveilher. — *Anatomie pathol.,* t. III.

Darbey. — *Thèse de Paris,* 1868.

Dieu. — *Thèse de Paris,* 1885.

Foucher. — *Gaz. des hôpit.,* 1869, p. 485.

Gaugee. — *The Lancet,* 1880, vol. I, p. 227.

HALLOPEAU et JEANSELME. — *Soc. de dermat. et de syphil.*, 16 fév. 1893.

HUGUIER. — *Société de chirurgie*, 7 mars, 1855.

INGRASSIAS. — *De tumoribus præter naturam*, t. I, 1553.

Langenbertis Archiv für Klin. Chir., 1892 et 1893.

LARDIER. — *Revue de médecine de l'Est*, 1884, p. 273.

LE CLERC. — *Thèse de Paris*, juillet 1883.

LEGRAND. — *Revue de thérapeut. méd. et chirurg.* et *Gaz. des hôpitaux*, 1859.

LISFRANC. — *Gaz. des hôpitaux*, 14 sept. 1844.

MADELUNG. — *Archiv. für Klin. Chir.*, 1888, t. I, p. 106.

MARFAN. — *Gaz. méd. de Paris*, 2 sept. 1882, p. 433.

MARJOLIN. — *Dict.* en 30 vol., t. XVIII, p. 200.

MATHIEU. — *Gaz. des hôpitaux*, 8 juillet 1890.

NÉLATON. — *Elém. de pathol. chirurg.*, t. I, p. 400.

OZENNE. — *Journal de méd. de Paris*, 1889, p. 341.

PERROTTE. — *Thèse de Paris*, 1857.

PETIT. — *Gaz. hebdomad.*, 1883.

POTAIN. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 17 oct. 1882.

— *Gaz. hebdomadaire*, 1882.

POULET. — *Revue de chirurgie*, 1886.

QUÉNU. — *Traité de chirurgie*, t. I, p. 337.

— *Traité de chirurgie*, t. I, p. 435 .

RENDU. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 18 mars 1892.

SÉNAC. — *Thèse de Paris*, 1884.

VERNEUIL. — *Société de biologie*, 1854.

— *Gazette hebdomadaire*, 21 novembre 1879.

VOGEL. — *Aantomie pathologique*, 1847, p. 192.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 28 mai 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 27 mai 1920.
Pour le Doyen
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!